

## Możliwości i doświadczenia nauczania języka angielskiego jako obcego studentki z zespołem Ushera

*Tekst ten dedykuję Joannie, dziękując za pomoc w jego przygotowaniu*

### Streszczenie

Równoczesne uszkodzenie wzroku i słuchu jest poważnym wyzwaniem edukacyjnym, którego podstawę stanowi znalezienie możliwości uprzywilejowania nauczanych treści. W okresie dzieciństwa i adolescencji osoby z zespołem Ushera funkcjonują stosunkowo dobrze, ponieważ zaburzenia wzroku i słuchu nasilają się wraz z wiekiem. Jest to więc czas, który należy jak najlepiej wykorzystać na poszerzanie zakresu wiedzy i kompetencji, jakie pozwolą lepiej funkcjonować w okresie dorosłości.

Celem artykułu jest przedstawienie doświadczeń z nauczania języka angielskiego studentki z zespołem Ushera, zdobytych podczas 120 godzin prowadzenia lektoratu. W artykule ukazano najważniejsze kwestie organizacyjne i dydaktyczne, które pozwalają na realizowanie skutecznego nauczania języka obcego tej grupy uczniów.

**Słowa kluczowe:** głuchoniewidomi, zespół Ushera, język obcy, surdoglottodydaktyka

### Wprowadzenie

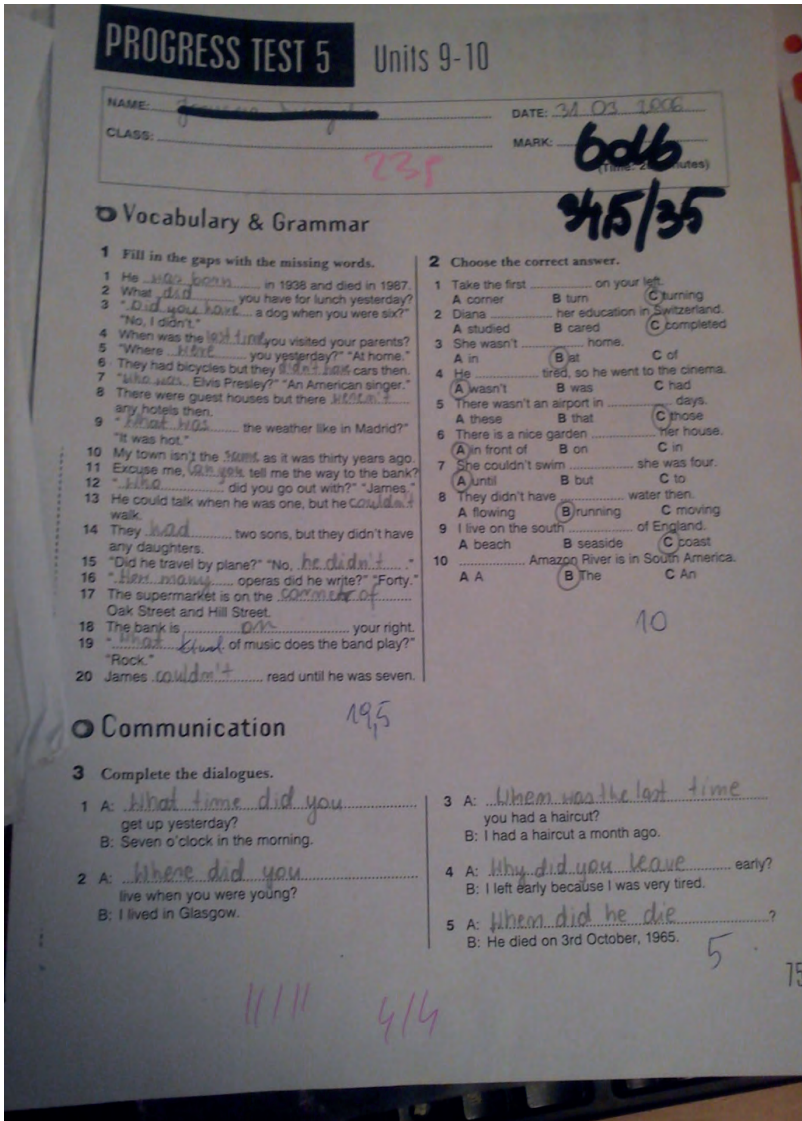
Edukacja osób z równoczesnym uszkodzeniem wzroku i słuchu powinna stawiać sobie za cel jak najbardziej kompetentne i efektywne wspieranie młodego człowieka w rozwoju osobistym oraz przygotowanie go do wchodzenia w znaczące relacje społeczne. Edukacji tej towarzyszy

wiedza, że stan zdrowia ucznia może ulegać pogorszeniu – tym bardziej więc warto wykorzystywać okres względnie dobrego funkcjonowania w dzieciństwie i młodości, aby pomóc uczniom w zdobyciu wiedzy i umiejętności, które pozwolą im w dalszym okresie życia lepiej funkcjonować. Znajomość języka obcego jest jednym z elementów tej wiedzy. Uznawana jest obecnie za kompetencję kluczową – wyjątkowo istotną dla dobrego funkcjonowania w świecie pracy zawodowej, nauki, kultury oraz relacji społecznych.

Celem artykułu jest przedstawienie zagadnienia nauczania języka angielskiego jako obcego osób z zespołem Ushera. Wskazane zostaną metody i strategie pracy dydaktycznej oraz zasady prowadzenia zajęć. Materiał przygotowany został w oparciu o dotychczasowe doświadczenia praktyczne i badawcze autorki w zakresie surdologlottodydaktyki oraz doświadczenie ze 120 godzin lektoratu języka angielskiego prowadzonego ze studentką z ZU. Uczestniczką tego kursu była Joanna, która przez dwa lata realizowała lektorat języka angielskiego w formie indywidualnych zajęć, prowadzonych przeze mnie w Centrum Edukacji Nie-słyszących i Słabosłyszących KUL. Była osobą z głębokim prelingwalnym uszkodzeniem słuchu, porozumiewającą się głównie w języku migowym, choć w relacjach indywidualnych wykorzystywała także w komunikacji mowę. Wada wzroku uniemożliwiała jej dokładne spostrzeganie obiektów poza centralnym polem widzenia lub też przedmiotów niedostatecznie oświetlonych. Pasją Joanny było czytanie powieści. W czasie lektoratu zrealizowała materiał przewidziany programem nauczania kursu na poziomie A1, charakteryzując się ogromną pracowitością i dokładnością. Testy kontrolne z zakresu znajomości gramatyki i słownictwa pisała zawsze na najwyższe oceny – średnia z 11 napisanych przez nią sprawdzianów wynosi 94,45%. Joanna zdała egzamin na ocenę bardzo dobrą, a po wyjeździe z Lublina przez pewien czas prowadziła zajęcia z języka angielskiego dla zainteresowanych osób w jednej z fundacji zrzeszających osoby z uszkodzeniami słuchu.

## Fizyczne i psychospołeczne funkcjonowanie osób z zespołem Ushera

Zespół Ushera (ZU) został po raz pierwszy opisany przez szkockiego okulistę Charlesa Howarda Ushera (1914, za: Birse, 2004). W przygotowanym ponad 100 lat temu artykule stwierdził on, że u pozostających pod jego opieką 69 pacjentów występuje związek między głuchotą a barwnikowym zwyrodnieniem siatkówki, a zaburzenie to pojawia



Fot.1. Przykładowy test studentki.

się często w określonych rodzinach. Dzisiaj wiadomo, że ZU to rzadka choroba genetyczna, powstająca w wyniku mutacji genowej jednego z 11 genów charakterystycznych dla tej choroby. Geny te kodują białka ważne dla procesów widzenia i słyszenia, stąd ich brak powoduje uszkodzenia wzroku i słuchu. ZU cechuje się zaburzeniami słuchu stopnia umiarkowanego, znacznego lub głębokiego oraz stopniową utratą

wzroku związaną z barwnikowym zwyrodnieniem siatkówki (*retinitis pigmentosa* – Hartong, Berson i Dryja, 2006). Choroba dziedziczona jest w sposób autosomalny recesywny. Zaburzenia wzroku objawiają się jako nadwrażliwość na kontrast i światło, ograniczenie pola widzenia i utrata widzenia obwodowego, ślepotą zmierzchowa i zaburzenia ostrości widzenia. Zespół jest najczęstszą przyczyną głuchoślepoty u osób w wieku produkcyjnym (Möller, 2003). Jest to zaburzenie rzadko występujące, u około 3,3 na 100 000 osób (Sadeghi i in., 2004), natomiast uczniowie z ZU stanowią około 10% uczniów w szkołach dla dzieci i młodzieży z wadą słuchu (Loundon i in., 2003).

Możemy wyróżnić trzy typy zespołu Ushera. Typ I to najcięższa postać ZU, stanowi około 30–40% wszystkich przypadków tej choroby (Spandau i Rohrschneider, 2002). Występuje w nim wrodzona znaczna lub głęboka głuchota nerwowo-zmysłowa oraz stopniowa wczesna (ujawniająca się przed 10 rokiem życia) utrata wzroku (Dammeyer, 2012). Tym zaburzeniom towarzyszy wrodzona obustronna arefleksja przedsiionkowa, która objawia się w dzieciństwie opóźnionym rozwojem ruchowym i poważnymi zaburzeniami równowagi w wieku dorosłym (por. Cohen, Bitner-Glindzicz i Luxon, 2007). Typ II jest najbardziej popularną formą zespołu (Leijendeckers i in., 2009). Charakteryzuje się wrodzonymi uszkodzeniami słuchu umiarkowanego, znacznego lub głębokiego stopnia, które mogą pogłębiać się wraz z wiekiem. Zaburzenia wzroku wykrywane są zazwyczaj w okresie późnej adolescencji (w drugiej dekadzie życia) i pogłębiają się wraz z wiekiem (Kimberling i Möller, 1995), natomiast nie obserwuje się zaburzeń równowagi. Zazwyczaj postęp choroby jest szybszy u mężczyzn niż u kobiet (Sadeghi i in., 2006). W III typie ZU dzieci rodzą się jako osoby widzące i słyszące, natomiast funkcje wzrokowe i słuchowe tracone są stopniowo wraz z wiekiem, deterioracji ulegają także funkcje przedsiionkowe, co wywołuje zaburzenia równowagi, które także nasilają się wraz z wiekiem (Kimberling i Möller, 1995).

Zespół Ushera oznacza przede wszystkim poważne utrudnienia w dostępie do informacji, które docierają do osób dotkniętych tym zaburzeniem tylko wtedy, kiedy są przekazane w sposób dostępny. Choroba wiąże się także z utrudnieniami w nawiązywaniu i podtrzymywaniu kontaktów społecznych, co może oznaczać wykluczenie i izolację społeczną (Wahlqvist i in., 2013). Osoby dotknięte tym syndromem doświadczają także ograniczeń w prowadzeniu samodzielnego życia i są częściej narażone na różne niebezpieczeństwa wynikające z zaburzeń percepcji (np. w czasie wykonywania prac domowych czy jako uczestnicy ruchu ulicznego). Z badań prowadzonych nad psychospołecznym

funkcjonowaniem osób głuchoniewidomych wiadomo, że doświadczają one wyższego poziomu lęku i depresji (Brennan i Bally, 2007)

Stan zdrowia osób z zespołem Ushera II typu oceniali w Szwecji w badaniach wśród 96 osób Wahlqvist i współpracownicy (2013). Średni wiek diagnozowanych kobiet i mężczyzn wynosił 55 lat. Rezultaty tego badania pokazują, że osoby z zespołem Ushera oceniają stan swojego zdrowia jako zły, za najistotniejsze zaś problemy medyczne uznają uporczywe bóle głowy, szumy uszne, notoryczne zmęczenie, bóle kręgosłupa, egzemy i choroby skórne. Badane osoby nisko oceniły także stan swojego zdrowia psychicznego i skarżyły się na notoryczne zmęczenie, trudności w koncentracji, niskie poczucie własnej wartości, życie w ciągłym napięciu związanym z poczuciem braku dostępu do informacji oraz depresję i myśli samobójcze, przyznawały się także do podejmowania prób samobójczych. Badani mężczyźni oceniali swój stan zdrowia jako gorszy niż badane kobiety.

Dammeyer (2012) przeprowadził unikalne badania 26 dzieci z ZU w wieku 3–17 lat. Stwierdził w nich, że pomimo braku występowania trudności charakterystycznych dla ZU, a rozwijających się w okresie dorosłości, także u dzieci z ZU można zaobserwować szereg niepokojących zaburzeń: aż sześć osób (23%) dzieci z tej grupy zdiagnozowano jako przejawiające zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania (schizofrenia, niepełnosprawność intelektualna, autyzm, zaburzenia behawioralne). Autor badań konkluduje, że także dzieci z ZU powinny być objęte szczegółową diagnozą, ponieważ pogorszenie stanu zdrowia może ujawniać się znacznie wcześniej niż w okresie późnej adolescencji. Szukając wyjaśnienia dla tak wysokiego procentu dodatkowych zaburzeń, Dammeyer wyjaśnia, że może to być uwarunkowane genetycznie (uszkodzenie genów wywołuje ZU, ale też wpływa na pojawianie się innych chorób) lub też może to być forma reakcji na stres i napięcie wynikające ze świadomości stopniowego trwania wzroku i związanych z tym ograniczeń w komunikacji i kontaktach społecznych.

W zależności od aktualnego stanu zdrowia osoby z ZU uczą się w szkołach ogólnodostępnych lub w specjalnych szkołach dla dzieci z wadą wzroku i słuchu. Dammeyer (2012) przeanalizował dane 26 dzieci z ZU w Danii – grupa ta stanowiła około 40% wszystkich dzieci z ZU w tym kraju. Z tej grupy 17 osób uczyło się w szkołach dla niesłyszących/słabosłyszących, 4 w szkołach specjalnych dla dzieci z zaburzeniami sensorycznymi, a 5 w szkołach ogólnodostępnych. Nie są znane takie badania w Polsce, ale należy przypuszczać, że w Polsce dzieci i młodzież z ZU uczą się głównie w szkołach dla osób z wadami słuchu.

## Nauczanie języka angielskiego osób z zespołem Ushera

Dzieci i młodzież z zespołem Ushera zgodnie z rozporządzeniami MEN mają w Polsce prawo do uczenia się języka obcego zgodnie z zapisami w podstawie programowej (Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 maja 2014 r.), mogą natomiast – w związku z trudnościami wynikającymi z poważnej wady słuchu – być zwolnieni z nauki drugiego języka obcego w gimnazjum i liceum. Uczniowie niesłyszący i słabosłyszący różnych typów szkół mają także prawo do korzystania ze specjalnych wersji arkuszy sprawdzianów i egzaminów, w których nie ma części sprawdzających słuchanie i mówienie, pojawiają się także dodatkowe informacje ułatwiające zrozumienie poleceń i treści ćwiczeń.

Nauczyciele i lektorzy języka obcego pracujący z uczniami z ZU powinni korzystać ze strategii nauczania właściwych dla surdologlottodydaktyki, opisanych w wielu publikacjach (Domagała-Zyśk 2003, 2013a, 2013b i inne). Jednocześnie ważna jest świadomość, że uczeń z ZU to nie jest „uczeń z wadą słuchu, który nosi okulary”, ale osoba o innym spektrum trudności, oczekiwaniach i możliwościach, wymagająca specjalnego rodzaju wsparcia.

### Organizacja procesu uczenia się

Szczególne znaczenie w pracy z uczniem głuchoniewidomym mają warunki zewnętrzne, w jakich odbywa się nauka. Ważne są kolory ścian, rodzaj oświetlenia, a także barwa ubrania osoby prowadzącej zajęcia. Pomieszczenie powinno być wyciszone, aby umożliwić jak najlepszy odbiór mowy, oraz dobrze oświetlone, aby ułatwić odbiór bodźców wzrokowych. Zazwyczaj oznacza to, że konieczne jest unikanie zarówno pomieszczeń zbyt ciemnych (w których osoba z ZU czuje się, jakby nosiła okulary przeciwsłoneczne w ciemnym pokoju), jak i tych bardzo jasno oświetlonych, ponieważ wtedy osoba z ZU widzi otaczającą ją przedmioty jako białe, jasne, z ciemnym konturem wokół (Birse, 2004). Osoba mówiąca/migająca nie powinna stać na tle okna, konieczne jest zachowanie odpowiedniej odległości między rozmówcami. Kiedy osoba z ZU po raz pierwszy znajduje się w danym pomieszczeniu, ważne jest, by mogła dokładnie zapoznać się z rozmieszczeniem mebli (powinno ono następnie pozostać w miarę stałe) i określić najlepsze dla siebie miejsce do nauki (Birse, 2004).

Szczególne znaczenie ma dobre oświetlenie twarzy osoby mówiącej, ale także oświetlenie tekstów, które stanowią podstawę pracy. Dużym utrudnieniem dla uczniów z ZU są podręczniki do nauki języka obcego drukowane na papierze kredowym – błyszczącym oraz odbijającym światło. Należy ich unikać, a jeśli nie jest możliwy zakup innego podręcznika, trzeba korzystać na lekcji z kserokopii. Duże znaczenie może też mieć pora odbywania zajęć – okna sali wychodzące na wschód czy zachód zmieniają znacząco warunki oświetlenia i ułatwiają bądź utrudniają odbiór bodźców.

Osoby z ZU charakteryzuje także wysoki poziom czujności, ponieważ liczą się z tym, że mogą nie zauważyć/usłyszeć przeszkody czy ważnego elementu otoczenia. Oznacza to zatem wyższy stopień męczliwości – zarówno fizycznej, psychicznej, jak i emocjonalnej (Birse, 2004). Wskazane jest więc, żeby zajęcia odbywały się w godzinach porannych, jak napisała Joanna, między 10 a 14. Osoby z ZU często gorzej widzą wieczorem (tzw. ślepotą zmierzchową), dlatego nie powinny wtedy odbywać się adresowane do nich zajęcia.

Z doświadczenia wynika, że najbardziej efektywne są indywidualne zajęcia z języka obcego. Lektor i uczeń mogą wtedy wybrać najbardziej dogodne miejsce prowadzenia lekcji (zazwyczaj jest to praca przy wspólnym stole) i odległość pomiędzy sobą – taką, by umożliwiała uczniowi jak najdogodniejszą obserwację twarzy lektora. W związku z ograniczeniami w zakresie obserwacji obiektów w pełnym polu widzenia konieczne jest zawsze indywidualne ustalenie z uczniem, gdzie powinien siedzieć nauczyciel, by było to miejsce najlepsze do obserwacji.

## Komunikacja

Komunikacja zaczyna się od zauważenia drugiej osoby. Należy pamiętać, że już na tym etapie konieczna jest szczególna uważność. Tego dotyczyła także jedna z moich rozmów z Joanną. Zwróciła mi uwagę, że zanim zacznę o coś pytać, muszę zostać zauważona, a większość moich początkowych prób zwrócenia jej uwagi, takich jak machanie z pewnej odległości, uśmiechanie się, rozpoczynanie rozmowy – które zdawały egzamin w kontakcie z osobami niesłyszącymi – było nieskutecznych. Często dopiero po pewnym czasie Joanna orientowała się, że moja rozmowa z nią trwa od pewnego czasu (w moim mniemaniu). Ważne jest zatem ustalenie zasad nawiązywania komunikacji – dotknięcie ramienia czy

dłoni, a następnie duża dbałość o zachowanie zasad pełnego kontaktu w czasie rozmowy.

Komunikacja lektora z uczniem głuchoniewidomym jest zależna od preferowanego przez niego sposobu porozumiewania się. Najczęściej w przypadku dzieci i młodzieży jest to język migowy, jednak należy szczególną uwagę zwrócić na odległość między osobą z ZU a lektorem oraz przestrzenią, w której odbywa się komunikacja. Znaki języka migowego tylko wtedy będą dobrze widoczne, kiedy znajdują się w polu widzenia osoby z ZU. Posługując się językiem migowym, często nie zwraca się uwagi na takie szczegóły, zakładając, że język migowy widoczny jest z dużej odległości, a osoby posługujące się nim charakteryzują się dobrze wykształconą uwagą wzrokową. Warto w pracy z osobą z ZU rozmawiać otwarcie o kwestii warunków dobrej komunikacji, które są inne dla każdego z uczniów, w dodatku – wraz z pogarszaniem się sprawności widzenia – mogą zmieniać się w czasie (por. też Birse, 2004).

Jeśli osoba z ZU posługuje się mową, także ten środek komunikacji może być skuteczny na lekcji języka obcego. Zazwyczaj uczniowie proszą wtedy o uczenie ich mówienia w języku obcym i skutecznie wykorzystują poznane frazy do porozumiewania się. Dobrym sposobem komunikacji jest także pismo, zarówno w tradycyjnej formie, na papierze, jak i formie komunikacji elektronicznej – poprzez portale społecznościowe i pocztę elektroniczną.

## Metody i strategie nauczania

Jak wspomniano powyżej, w nauczaniu osób z ZU warto zastosować strategie stosowane w surdoglottodydaktyce, szczegółowo opisane w licznych publikacjach (por. zwłaszcza Domagała-Zyśk, 2013a, Domagała-Zyśk, 2013b). Podstawowe z nich dotyczą indywidualizacji materiału nauczania tak, aby obejmował on treści dostępne poznawczo uczniowi. Dobrze jest, jeśli treści te dotyczą doświadczeń osoby nauczanej, które mogą wiązać się zarówno z codziennym życiem, jak też z wydarzeniami wyjątkowymi, np. podróżami czy nowymi zjawiskami społecznymi i kulturowymi. Ważną zasadą jest respektowanie pracy z uczniem w obrębie strefy najbliższego rozwoju, opieranie się na jego kompetencjach, ale też wspieranie w osiągnięciu nowych umiejętności. Główne strategie nauczania w surdoglottodydaktyce opierają się na cyklu uczenia się Kolba. Punktem wyjścia staje się więc doświadczenie osobiste (egzamin, spotkanie,

nowy gadżet, kłótnia), które uczeń stara się zapisać lub przekazać w formie ustnej w języku obcym. Następnie lektor pomaga w konceptualizacji treści – dodaje nowe słownictwo, koryguje formy gramatyczne, poszerzając w ten sposób wypowiedź i włączając w nią nowe elementy gramatyczne i leksykalne. Następnie uczeń wykorzystuje nabytą w ten sposób wiedzę, eksperymentując i używając poznanych struktur w bezpiecznym środowisku klasy, a potem w środowisku otwartym (np. na portalach społecznościowych czy w rozmowie z innymi osobami). Język obcy nauczany w ten sposób wychodzi z konkretnego doświadczenia i pozwala na bezpośrednie wykorzystanie nabytych umiejętności w codziennym życiu. Nie jest więc abstrakcyjnym przedmiotem, ale żywą rzeczywistością ułatwiającą komunikację. Innymi ważnymi strategiami pomocniczymi jest personalizacja, indywidualizacja i emocjonalizacja treści nauczania, odnoszące się do poznawania treści dopasowanych do indywidualnych możliwości i potrzeb ucznia, wykorzystujących także jego zaangażowanie emocjonalne.

Poznanie tekstów w języku obcym zawsze łączy się także z koniecznością sprawdzenia i uzupełnienia wiedzy ogólnej uczniów na dany temat. Trudności osób z równoczesnym uszkodzeniem wzroku i słuchu wiążą się bowiem z brakiem możliwości dostępu nie tylko do języka obcego, ale do wiedzy z różnych dziedzin. Uczenie się języka obcego jest zawsze uczeniem się o określonych faktach i zjawiskach i autorzy podręczników najczęściej zakładają, że są one poznane przez uczniów w języku ojczystym. Niestety, nie jest tak zawsze w przypadku osób głuchoniewidomych, z tego względu lekcje języka obcego są często zajęciami poszerzającymi wiedzę ogólną uczniów i uzupełniającymi braki z różnych dziedzin. Jak napisała Joanna: „Podczas uczenia się języka angielskiego zdarzały się takie sytuacje, że ja nie rozumiałam znaczenia tego słowa w równie dla mnie obcym języku, języku polskim. Wtedy pani Ewa musiała tłumaczyć mi znaczenie tego słowa: najpierw na migi, a potem mówiąc. Uważam, że gramatyka w języku angielskim jest mniej skomplikowana, dużo łatwiej uczyć się języka angielskiego. Gramatyka w języku angielskim jest troszkę podobna do gramatyki naturalnego języka migowego PJM”.

Nauczany materiał koniecznie należy dzielić na niewielkie fragmenty, tak aby uczeń nie był zarzucany wieloma nieznanymi słowami czy wyrażeniami. Jeśli w tekście jest zbyt dużo nieznanych słów, łatwo jest uczniowi zniechęcić się do udziału w zajęciach lub też przyjąć postawę biernego uczenia się np. nowych słów, ale bez umiejętności operacyjnego ich stosowania. Należy także mieć na uwadze, że lektorat języka obcego

może dla ucznia pełnić funkcję terapeutyczną – jest zajęciami, na których, dzięki adekwatnemu doborowi materiału nauczania, odnosi sukces.

### Modyfikacja materiałów dydaktycznych

Nauczanie osoby z ZU wymaga zastosowania szeregu modyfikacji materiałów dydaktycznych. Wspomniano już wcześniej o podręczniku, który powinien być wykonany z papieru niebłyszczącego, gdzie druk byłby lepiej widoczny. Podczas wybierania podręcznika i innych materiałów dydaktycznych konieczne jest także ocenienie przydatności ich warstwy graficznej. Szczególnie istotne są następujące elementy:

1. Ilustracje muszą być czytelne i przekazywać tylko potrzebne informacje, nie powinny zawierać wielu zbędnych szczegółów.
2. Jeśli uczeń nie ma możliwości obejrzenia ilustracji, konieczne jest jej opisanie przy pomocy technik audiodeskrypcyjnych tak, aby uczeń głuchoniewidomy mógł uczyć się nie tylko na podstawie tekstu, ale różnych skojarzeń związanych z materiałami wizualnymi.
3. Czcionka powinna być odpowiednio duża, a jeśli nie jest, teksty muszą być powiększane i kserowane. Obecnie w zestawach dydaktycznych przygotowywane są – oprócz podstawowej wersji materiału – także wersje przeznaczone dla uczniów dyslektycznych, gdzie tekst napisany jest większą czcionką i w sposób bardziej uporządkowany (np. nie jest ozdobiony ilustracjami, ale przygotowany w prostych kolumnach). Zmienione są także barwy, aby uniknąć kontrastu kolorów czarnego i białego, tekst drukowany jest np. w kolorze ciemnobrązowym na kremowym tle. Oprogramowanie do tablic interaktywnych, dołączane do wielu podręczników, także pozwala na powiększanie czcionki tekstu i wyświetlanie go na tablicy, często jest również możliwa zmiana koloru czcionki lub kontrastu między literami a tłem.
4. Podręcznik powinien zapewniać odpowiednio dużo miejsca na wpisanie rozwiązań ćwiczeń. Zbyt mało miejsca na wpisanie odpowiedzi zniechęca ucznia do rozwiązywania ćwiczeń i utrudnia korzystanie z własnych notatek. Jeśli nauczyciel pracuje z podręcznikiem, gdzie nie ma wystarczająco dużo miejsca, zalecane jest kopiowanie materiałów i powiększanie czcionki lub też uzupełnianie ćwiczeń na tablicy interaktywnej.

5. Informacje gramatyczne powinny być przygotowane w przejrzystych tabelach i na wykresach, a język obcy prezentowany jako mający określoną strukturę. Świadomość istnienia określonych reguł daje uczniowi poczucie bezpieczeństwa i odwagę do budowania samodzielnych wypowiedzi bez ryzyka ciągłego popełniania błędów.
6. Dobrym rozwiązaniem jest, jeśli podręcznikowi towarzyszy *Companion* – słownik zawierający wyrazy nowe dla danej lekcji, dzięki czemu nie ma konieczności poszukiwania ich na wielu stronach w słowniku, są one zebrane w jednej publikacji.
7. Jeśli jest możliwe oglądanie filmów z napisami w języku obcym, warto włączyć je do programu nauczania. Filmy pokazują bowiem często scenki wykorzystujące określone struktury językowe i ich obserwacja pozwala uczniom doświadczyć sytuacji posługiwania się językiem obcym w codziennych, spontanicznych sytuacjach.

## Zakończenie

Już Helen Keller (1880–1968), mimo ówczesnego braku zaawansowanej wiedzy na temat możliwości edukacyjnych osób głuchoniewidomych, знаła kilka języków obcych. Jej biografie podają, że posługiwała się językiem angielskim, francuskim i niemieckim, znała również łacinę. Także współcześnie osoby głuchoniewidome mają szansę uczyć się języków obcych i wykorzystywać je w różnych sytuacjach. Dzisiaj osoby głuchoniewidome są samodzielne i aktywne, także w zakresie wyjazdów zagranicznych i nawiązywania kontaktów międzynarodowych.

Współczesne metody nauczania języka obcego, a zwłaszcza osiągnięcia surdologlottodydaktyki, pozwalają na takie organizowanie procesu nauczania języka obcego uczniów głuchoniewidomych, aby skutecznie i adekwatnie do swoich możliwości i potrzeb mogli nauczyć się posługiwać językami obcymi. Wyzwaniem pozostaje dobre rozpoznanie możliwości każdego z uczniów oraz przyjęcie adekwatnych rozwiązań organizacyjnych i dydaktycznych, odpowiednich do ich wieku, stanu zdrowia i rodzaju zainteresowań.

## Literatura

- Birse, I. (2004). *Usher and us*. Trowbridge: Deafblind Scotland.
- Cohen, M., Bitner-Glindzicz, M., Luxon, L. (2007). The changing face of Usher syndrome: Clinical Implications. *International Journal of Audiology* 2007, 46, p. 82–93
- Dammeyer, J. (2012). Children with Usher syndrome: mental and behavioral disorders. *Behavioral and Brain Functions*, 8, 16 <http://www.behavioralandbrainfunctions.com/content/8/1/16>, dostęp 13.02.2015
- Domagała-Zyśk, E. (ed.) (2013a). *English as a Foreign Language for the Deaf and Hard-of-hearing Persons in Europe*. Lublin: Wydawnictwo KUL. pp. 220.
- Domagała-Zyśk, E. (2013b). *Wielojęzyczni. Studenci niesłyszący i słabosłyszący w procesie uczenia się nauczania języków obcych*. Lublin: Wydawnictwo KUL. pp. 420.
- Hartong, D. T., Berson, E., Dryja, T. P. (2006). Retinitis pigmentosa. *The Lancet*, 368(3549), 795–809.
- Kimberling, W. J., Möller, C. (1995). Clinical and molecular genetics of Usher syndrome. *Journal of the American Academy of Audiology*, 6, 63–72.
- Leijendeckers, J. M., Pennings, R. J. E., Snik, A. F. M., Bosman, A. J. (2009). Audiometric characteristics of USH2a patients. *Audiology and Neuro-Otology*, 14, 223–231.
- Loundon, N., Marlin, S., Busquet, D., Denoyelle, F., Roger, G., et al. (2003). Usher syndrome and cochlear implantation. *Otol Neurotol*, 24, 216–21.
- Möller, K. (2003). Deafblindness: A challenge for assessment – Is the ICF a useful tool? *International Journal of Audiology*, 42 (Suppl.), 140–142.
- Sadeghi, M., Kimberling, W. J., Tranebjoerg, L., & Möller, C. (2004). The prevalence of Usher syndrome in Sweden: A nationwide epidemiological and clinical survey. *Audiological Medicine*, 2, 220–228.
- Spandau, U.H., Rohrschneider, K. (2002). Prevalence and geographical distribution of Usher syndrome in Germany. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol*, 240–, 495–98.
- Usher CH. (1914). *On the inheritance of retinitis pigmentosa, with notes of cases*. Royal London Ophthalmological Hospital Report, 1914, 19: 130–236, za: I. Birse (2004). *Usher and us*. Trowbridge: Deafblind Scotland.

Wahlqvist, M., Möller, C., Möller, K., Danermark, B. (2013). Physical and Psychological Health in Persons with Deafblindness That Is Due to Usher Syndrome Type II, *Journal of Visual Impairment & Blindness*, May–June 2013, 207–220.

## Akty prawne

Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 23 grudnia 2008 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół.

Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 maja 2014 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół.

Possibilities and experiences of teaching English as a foreign language to a deafblind student

Summary

Deafblindness forms an important educational challenge which is mainly connected with making the curriculum accessible for the students. During childhood and adolescence patients with Usher Syndrome function relatively well, as sight and hearing disorders increase with age. It is therefore a good time that can be used to expand the knowledge and skills that will enable the patients to function better in their adulthood.

The aim of the article is to present the experience of teaching English to a student with Usher syndrome. This experience was acquired during 120 hours of English as a foreign language university the course. The article presents the most important organizational and educational issues that enable effective foreign language teaching of this group of students.

**Keywords:** deafblind, Usher's Syndrome, foreign language, surdo-glottodactyls